THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 25 *juin* 1852,

Par J.-A. BARIOD,

né à Saint-Maurice (Jura),

Lauréat de l'École secondaire de Médecine de Besançon,
ancien Élève des Hôpitaux et Hospices civils de Paris,
ancien Interne de l'Asile public des Aliénés de Maréville (Nancy).

ÉTUDES CRITIQUES

SUR LES MONOMANIES INSTINCTIVES.

NON-EXISTENCE DE CETTE FORME DE MALADIE MENTALE.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 31.

1852

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. P. DUBOIS, DOYEN.	MM.
Anatomie	DENONVILLIERS.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie et chimie organique	....
Hygiène	BOUCHARDAT.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. REQUIN, Président.
Pathologie chirurgicale	GERDY. J. CLOQUET.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	MALGAIGNE.
Thérapeutique et matière médicale	TROUSSEAU.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	BOUILLAUD. ROSTAN. PIORRY, Examinateur. ....
Clinique chirurgicale	ROUX. VELPEAU. LAUGIER. NÉLATON.
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS.

Agrégés en exercice.

MM. BEAU.
BÉCLARD, Examinateur.
BECQUEREL.
BURGUIÈRES.
CAZEAUX.
DEPAUL.
DUMÉRIL fils.
FAVRE.
FLEURY.
GIRALDÈS.
GOSSELIN.
GRISOLLE.

MM. GUENEAU DE MUSSY.
HARDY.
JARJAVAY.
REGNAULD.
RICHET, Examinateur.
ROBIN.
ROGER.
SAPPEY.
TARDIEU.
VIGLA.
VOILLEMIER.
WURTZ.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MA MÈRE

A MON PÈRE.

A M. LE DR FALRET,

Médecin de la 1re Section des Aliénés de la Salpêtrière,
Membre de l'Académie nationale de Médecine.

C'est à vos savantes leçons que j'ai puisé toutes les connaissances que je possède sur les maladies mentales. Je désirerais vous offrir un travail plus digne de vous; mais j'espère qu'avec votre bienveillance naturelle, vous voudrez bien l'accepter, comme le témoignage du profond respect de votre élève et disciple reconnaissant.

A M. FERRUS,

Inspecteur général du Service des Aliénés,
ancien Médecin de Bicêtre,
ancien Président de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur.

A M. VOISIN,

Médecin de la 1re Section des Aliénés de Bicêtre.

A M. MOREL,

Médecin en Chef de l'Asile des Aliénés de Maréville.

A M. RENAUDIN,

Docteur ès Sciences et en Médecine,
Directeur de l'Asile de Maréville.

A M. NATALIS GUILLOT,

Médecin des Hôpitaux et Hospices civils de Paris, etc.

A MM. LES PROFESSEURS

DE L'ÉCOLE SECONDAIRE DE MÉDECINE DE BESANÇON.

Respect, reconnaissance et dévouement.

Je prie M. le Dr Lasègue et M. Jules Falret, ancien interne des hôpitaux de Paris, de recevoir l'expression de mes remercîments les plus sincères pour leurs bons conseils et pour l'affection qu'ils m'ont toujours témoignée.

ÉTUDES CRITIQUES

SUR LES

MONOMANIES INSTINCTIVES.

NON-EXISTENCE

DE CETTE FORME DE MALADIE MENTALE.

Les types aujourd'hui généralement admis parmi les aliénés ne sont basés que sur des caractères superficiels qui pourraient manquer, la maladie restant la même, ou qui peuvent exister dans deux formes de maladies opposées.

(Falret, cours clinique; *Gazette des hôpitaux*, mai 1850.)

Les diverses monomanies incendiaires, homicides, etc., qui formaient autrefois autant d'entités maladives, n'ont plus aujourd'hui leur raison d'être désignées ainsi; ces actes, que l'on avait trop isolés du phénomène principal, n'en sont à nos yeux que les conséquences.

(Morel, *Études cliniques sur les maladies mentales*, 5e livraison, pag. 310; 1852.)

Les médecins qui se sont occupés des maladies mentales savent que tous les aliénés, sans exception, sont plus ou moins susceptibles de se livrer à des actes dangereux pour eux-mêmes ou pour leurs semblables; c'est même là un des puissants motifs qui ont amené la nécessité de les isoler dans des maisons spécialement appropriées à ce genre d'affections. On comprend parfaitement que ces actes aient dû fixer l'attention des observateurs d'une manière

toute particulière ; et, quels que soient dans l'avenir les progrès de la science, jamais ils ne perdront l'importance qui résulte de leurs conséquences même, surtout au point de vue de la médecine légale.

Mais s'ensuit-il qu'ils doivent conserver une égale valeur au point de vue scientifique ?

Jusqu'à présent cette importance *légale* a réagi sur l'esprit de tous les médecins, et, quels que fussent d'ailleurs leurs systèmes, ils se sont tous plus ou moins laissé influencer, dans l'observation et dans l'appréciation de ces actes, par les idées empruntées aux légistes, aux gens du monde. N'est-ce pas sous la même influence que se sont d'abord glissées dans la science des opinions conformes à celles du vulgaire, et qui plus tard devaient être consacrées sous les noms de *monomanie homicide*, de *monomanie suicide*, de *cleptomanie*, de *pyromanie*, etc. ?

En établissant ainsi des monomanies dont la base unique est un acte malfaisant, on a introduit dans la science deux principes qui découlent nécessairement de ces dénominations : le premier, *principe de doctrine*, c'est que l'acte malfaisant, centre et mobile de toutes les pensées du malade, résume à lui seul toute la maladie, et serait dû à la simple surexcitation maladive d'un penchant, au milieu d'une intelligence saine ; le second, *principe de classification*, corollaire du précédent, c'est que le seul fait de l'acte suffit pour caractériser une espèce de maladie mentale, maladie successivement désignée par les noms de *manie sans délire, folie raisonnante, fureur maniaque*, *monomanie instinctive*.

Cette doctrine scientifique, qui semble dériver ainsi de l'attention exclusive accordée à l'acte malfaisant, est-elle vraie? N'est-ce pas une doctrine *a priori* théorique, résultant d'idées philosophiques plutôt que d'une observation rigoureuse?

En vivant au milieu des aliénés, nous avons remarqué tout ce que cette manière de voir a d'exclusif et de contraire à l'observation. Au lieu d'aliénés monomanes, uniquement préoccupés de l'idée ou du besoin de se tuer, de tuer, de voler, etc., nous avons trouvé

des malades présentant des caractères de délire ordinairement beaucoup plus complexes, et nous avons vu ces actes malfaisants, souvent accidentels, être produits par des causes et dans des conditions très-diverses, loin d'être toujours, comme le voudrait la théorie, le résultat de la simple surexcitation d'un penchant.

Frappé de cette contradiction entre le résultat de notre étude et celle de médecins si éminents, nous avons voulu rechercher sur quelle base se fondaient leurs opinions. Sans doute il serait très-utile et très-intéressant de recueillir et de consigner ici tous les faits que nous avons rencontrés, analogues aux faits de monomanies instinctives des auteurs, et de s'appuyer sur ces faits nouveaux pour contrôler les anciens et montrer que leurs conclusions ne sont rien moins que légitimes. Mais tel n'est pas notre but; car on nous objecterait inévitablement que, si nous n'avons pas trouvé des aliénés entièrement semblables à ceux des auteurs, c'est que notre expérience a été insuffisante; à notre observation individuelle, en un mot, on opposerait toujours l'observation collective.

Il nous a donc paru nécessaire avant tout d'examiner avec soin les observations sur lesquelles on s'appuie pour établir la doctrine des monomanies instinctives. Ici nous reconnaissons que la tâche devient fort difficile; car la plupart de ces observations sont incomplètes et manquent des éléments capables de les faire apprécier; d'un autre côté, les malades n'existant plus, on se trouve en face d'un obstacle invincible, en présence de faits mal observés et qu'il est impossible de rectifier ou de compléter.

Néanmoins, quelle que puisse être cette difficulté, nous croyons qu'il ne sera pas inutile de réunir la plupart de ces faits, du moins les principaux, ceux que l'on trouve cités à chaque instant, de les comparer entre eux, de les analyser, afin de savoir quelle valeur on peut leur attribuer.

En même temps, nous ferons connaître textuellement les opinions des auteurs qui ont rapporté ces faits; nous les opposerons les

uns aux autres, et leurs divergences, comme leurs contradictions, nous fourniront encore des preuves à l'appui de nos conclusions.

Il résultera, nous l'espérons, de notre travail *exclusivement critique*, que la théorie des monomanies instinctives ne peut se justifier dans l'état actuel de la science.

Il n'est pas dans notre pensée de nous occuper de toutes les monomanies instinctives, ce serait donner à notre thèse une étendue qu'elle ne saurait comporter; d'ailleurs ce que nous dirons de la monomanie instinctive homicide, à laquelle nous voulons nous limiter, peut se répéter de toutes les autres, et la même étude nous conduirait à des résultats identiques.

Nos recherches ne remontent pas au delà de Pinel, qui a jeté les premiers fondements d'une étude sérieuse des maladies mentales; car, avant ce médecin, comme il nous le dit lui-même dans son *Traité médico-philosophique* : « La médecine des aliénés s'était jusqu'alors ressentie du penchant naturel qu'on a de s'amuser des conceptions extravagantes des fous, et, au lieu d'une étude sérieuse, d'en faire une sorte de bouffonnerie. » C'est d'ailleurs de Pinel que date l'origine de la doctrine sur laquelle porte notre discussion, l'origine de la manie sans délire, appelée, de nos jours, *monomanie instinctive.*

Nous suivrons l'ordre chronologique : nous verrons la doctrine commencer avec ce dernier auteur par la création de la manie sans délire, et nous la suivrons jusqu'à nos jours, en passant en revue successivement les médecins qui ont écrit sur ce sujet.

Pinel (*Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale,* 1809), après avoir divisé les maladies mentales en : 1° manie, 2° mélancolie, 3° démence, 4° idiotisme, se demande si la manie peut exister sans une lésion de l'entendement. A l'exemple de Locke, dit-il (p. 155), il avait d'abord pensé que la manie était inséparable du délire; mais ses recherches à Bicêtre sur ce sujet ne lui permirent plus d'avoir la même opinion. *Il y a des aliénés*, ajoute-t-il, *qui ne présentent à aucune époque une lésion de l'entendement;* ils sont dominés

par une sorte d'instinct de fureur, comme si les facultés affectives seules étaient lésées. Et à l'appui de cette proposition, si importante comme révélant une forme particulière de maladie mentale, la *manie sans délire,* l'auteur cite immédiatement les trois principaux faits suivants :

1. C'est un fils unique, élevé sous les yeux d'une mère faible et indulgente; il prend l'habitude de se livrer à tous ses caprices, à tous les mouvements d'un cœur fougueux et désordonné. L'argent qu'on lui prodigue semble lever tout obstacle à ses volontés suprêmes. Il s'exaspère à la moindre résistance, il attaque avec audace; il vit continuellement dans les querelles et les rixes. Il a souvent des procès, subit de fréquentes condamnations pour ses violences. Il met souvent à mort un animal qui lui procure le moindre dépit. Cependant, à la tête d'un grand domaine, il le régit avec un sens droit, il remplit ses autres devoirs de la société, et même est bienfaisant. Un jour, *il s'emporte contre une femme qui lui dit des invectives,* et il la précipite dans un puits. Poursuivi pour ce fait, il est condamné à la réclusion dans l'hospice des aliénés de Bicêtre.

2. Un homme, livré autrefois à un art mécanique, *éprouve par intervalles irréguliers des accès de fureur,* marqués par les symptômes suivants : d'abord sentiment d'une ardeur brûlante dans les intestins, avec soif intense et forte constipation : cette chaleur se propage par degrés à la poitrine, au cou, à la face, aux tempes, enfin au cerveau ; et alors l'aliéné est dominé par un penchant sanguinaire, irrésistible ; il est porté à sacrifier, avec une sorte de rage, la première personne qui s'offre à sa vue. Il jouit cependant, à d'autres égards, du libre exercice de sa raison, même durant ses accès. Il répond directement, sans incohérence, sans signe de délire; il sent l'horreur de sa position, et, réduit au désespoir, il a cherché souvent à se détruire. Avant son entrée à Bicêtre, sa femme, qu'il chérissait, avait failli devenir sa victime, s'il ne lui avait pas crié de prendre vite la fuite. A Bicêtre, il avait ces mêmes accès périodiques de fureur, dirigés contre le surveillant dont il ne cessait néanmoins de louer la douceur et les soins compatissants.

3. Pendant la Révolution, lors du massacre des prisons, les brigands s'introduisent en forcenés à Bicêtre, sous prétexte de délivrer certaines victimes de l'ancienne tyrannie. Un aliéné, retenu dans les chaînes, fixe l'attention par ses propos pleins de sens et de raison et par les plaintes les plus amères. On force le surveil-

lant à délivrer l'aliéné qui est emmené en triomphe. Mais *un accès de fureur ne tarde pas à se déclarer*; le malade saisit le sabre de son voisin, fait couler le sang de ses libérateurs, qui finirent par s'emparer de lui et le ramenèrent en loge.

Voilà bien, il nous semble, l'attention concentrée toute entière sur des actes malfaisants, et, comme conséquence, la doctrine d'un penchant irrésistible à la fureur, sans aucune trace d'autres désordres de l'intelligence: mais les quelques réflexions que nous allons faire nous paraissent de nature à modifier cette opinion.

Le sujet de la première observation devait être aliéné, puisqu'il est jugé tel par Pinel: cependant, d'après la description qu'il en donne, on pourrait n'y voir qu'un homme irrascible, violent, habitué à faire tout céder à ses caprices, et que la moindre résistance jette dans de vives colères: un fait aussi incomplétement rapporté ne peut servir de base à une doctrine scientifique.

La deuxième observation, qui nous offre également des détails fort incomplets, présente des accès de fureur périodiques, avec symptômes physiques. De pareils cas d'excitation, durant laquelle tout irrite le malade et le porte à des actes violents, ne sont pas rares dans les asiles d'aliénés. On les remarque fréquemment chez les épileptiques, chez les maniaques intermittents; mais, dans ces circonstances, il y a toujours trouble plus ou moins général; il y a souvent véritable état de manie, et manie avec délire: les illusions, les hallucinations, les jugements érronés y sont très-nombreux. Ces malades sont excessivement dangereux et c'est dans ces moments que l'usage de la camisole devient presque inévitable. Ne devait-il pas en être de même chez le malade qui fait le sujet de cette deuxième observation?

Le troisième fait nous suggère absolument les mêmes réflexions que le précédent. Il manque des éléments qui pourraient en faire apprécier la valeur scientifique, et ne semble-t-il pas être plutôt l'expression du jugement du public, d'un public forcené même, que de l'observation directe du médecin?

Avec des développements plus complets sur la nature des accès, sur leur durée, sur leur retour plus ou moins fréquent, il serait possible de classer ces faits; mais nous sommes obligé d'y renoncer, avec le manque d'éléments nécessaires pour asseoir notre jugement: en tous cas, nous les récusons comme tout à fait insuffisants pour établir l'existence de la manie sans délire.

Fodéré (*Traité du délire*, 1817) critique (t. 1, page 334) l'expression de manie sans délire et préfère celle de fureur maniaque, dont il donne la définition suivante: « Nulle altération sensible, antérieure, dans les fonctions de l'entendement, de la perception, de la mémoire, de l'imagination; mais perversion temporaire dans les fonctions affectives, au point de méconnaître père, mère, femme, enfants, enfin les personnes les plus chères; impulsion aveugle à voler, à insulter, à provoquer et même à verser le sang, sans qu'on puisse assigner, durant ce funeste penchant, d'autre idée dominante que celle de faire le mal; véritable rage périodique, *manie lupine* des anciens, dont un violent accès de colère est une assez fidèle image. »

Cette maladie, suivant le même auteur, s'accompagne le plus souvent de symptômes physiques: resserrement dans la région de l'estomac, dégoût pour les aliments, constipation opiniâtre, ardeur d'entrailles, inquiétudes vagues, insomnies, etc.: ce qui fait dire à Fodéré que la cause de la fureur maniaque n'est point dans un délire involontaire, mais bien dans des mouvements intestins qu'il serait autant au pouvoir de l'homme d'éloigner qu'il est parvenu à éloigner ceux de la colère.

Fodéré serait plutôt porté à considérer cette maladie de l'homme social comme l'*effet d'une nature brute combattue, mais non suffisamment asservie par l'exercice des devoirs de la religion et de la morale;* suivant les moyens employés, les effets pourraient en être réduits à de simples *tentations*. Cette maladie n'est pas nouvelle, les *enthousiastes* des auteurs anciens et du moyen-âge, les *percussores* des latins, les *inspirés* des grecs, les *centaures*, les *brigands* vaincus

par Thésée, les *géants* peut-être, dont parle l'Ecriture, les *berserkes* des anciens Scandinaves, plusieurs *féroces possesseurs* des antiques chateaux forts, tous ces hommes paraissent avoir été atteints de ce mal, alors beaucoup plus commun dans ces temps reculés où l'on faisait un plus grand usage des forces du corps que de celles de l'esprit. Cette fureur maniaque, ajoute l'auteur, ou *folie raisonnante* n'est pas toujours pure, *exquisite;* elle peut se compliquer d'un délire réel.

La confusion peut-elle être plus évidente? On parle de manie sans délire, d'instinct aveugle; on ajoute qu'il y a quelquefois un délire; on veut en voir des exemples dans les annales les plus antiques de l'humanité! Est-il possible de constater un plus grand désordre?

Fodéré cite plusieurs faits; les deux suivants, dont le dernier est de Jœger, nous paraissent suffisants pour juger les autres, qui ne sont d'ailleurs que de simples assertions en une seule phrase.

4. Une dame déjà âgée, *sujette à cette maladie depuis longues années, avait des accès tous les six mois.* Pendant l'intervalle, elle était très-raisonnable, excepté quelque bouffisure d'orgueil que lui inspirait sa noble extraction, et qu'elle faisait paraître dans sa manière de s'habiller. Quand ses accès survenaient, elle avait les yeux saillants, elle injuriait, battait tout le monde; elle *exagérait* les torts qu'on avait envers elle et ne *savait plus écrire une seule phrase de suite.*

Comment faire accorder cette observation avec la définition? Outre les symptômes physiques, cette femme ne sait plus écrire, elle exagère tous les torts qu'on a envers elle: n'y a-t-il donc pas là lésion de la mémoire, du jugement, trouble presque général revenant tous les six mois? C'est pour nous une manie intermittente et nous ne voyons pas quel rapport existe entre ce fait et la manie sans délire de Pinel.

5. Un magistrat, pour cause de *maladie mentale,* avait été déplacé plusieurs fois: un jour, à table, il se précipite subitement pour l'étrangler, sur un de ses confrères qu'il *haïssait* et qu'il *soupçonnait* d'ambitionner sa place.

Peut-on voir dans ce cas un penchant irrésistible, une impulsion aveugle? N'y a-t-il pas au contraire un motif bien évident? Au surplus, ce magistrat avait été déjà atteint plusieurs fois de maladie mentale; mais l'observation ne fait que l'indiquer sans en faire connaître la nature.

Les exemples de Fodéré, ajoutés à ceux de Pinel, ne peuvent pas nous faire accepter la manie sans délire: outre qu'ils sont excessivement incomplets, ils sont encore contradictoires entr'eux et avec la définition.

La manie sans délire, avec la doctrine qu'elle entraîne à sa suite, dont nous venons de voir l'origine appuyée par des faits si peu nombreux et si incomplets, peut être, avec raison, considérée comme une simple assertion, dénuée de preuves solides. M. le docteur Falret, dont nous avons toujours admiré la justesse d'esprit, la jugea ainsi dès le début de sa carrière médicale. Dans sa thèse pour le doctorat, 1819, il s'éleva contre cette manière de voir, et depuis, la longue expérience de cet honorable praticien n'a fait que confirmer son opinion à cet égard. Voici comment il l'exprimait dans le travail cité: « Soit que j'examine les caractères généraux que Pinel assigne à la manie sans délire, soit que je pèse les diverses circonstances des faits rapportés à l'appui de cette opinion, je demeure convaincu qu'une lésion de l'entendement coïncide dans tous les cas avec une perversion des facultés affectives. »

Malgré cette position, la docrine de la manie sans délire, introduite, comme nous l'avons vu, dans la science et inhérente à l'esprit de l'époque, ce qu'il serait facile d'établir par des considérations déplacées dans cette thèse, cette doctrine, disons-nous, devait subir encore une plus grande élaboration. Voyons comment elle a été developpée par Esquirol.

Esquirol (*Dict. des Sciences médicales*, *Traité des maladies mentales*) parle de quelques cas d'aliénation mentale (t. 1, page 11), où l'homme, soustrait en quelque sorte à l'empire de la volonté, ne semble plus être le maître de ses déterminations. Ces aliénés domi-

nés par leurs idées, par leurs impressions, sont entraînés à des actes qu'eux-mêmes réprouvent. Mais il ajoute un peu plus loin : *ces impulsions, ces directions irrésistibles, ces déterminations automatiques,* comme les appellent les auteurs, semblent être indépendantes de la volonté ; *cependant elles tiennent le plus souvent à des motifs* dont l'aliéné et ceux qui l'observent peuvent jusqu'à un certain point se rendre compte.

« La fureur, dit-il (t. 1, p. 225), est un emportement violent, causé par l'égarement de l'esprit ou du cœur. Le furieux, transporté hors de lui par le délire ou par quelque passion, s'exhale en propos, en menaces, en actions, et cherche à nuire aux autres et à lui-même.

« La fureur est un accident, c'est la colère du délire. Elle peut éclater dans toutes les aliénations mentales, même dans la démence ; elle ne *peut donc fournir un caractère spécifique d'une forme particulière.*

« Les causes de cet accident sont très-nombreuses, et, pas plus que toutes les autres déterminations du délire, la *fureur n'est automatique,* dans ce sens *que les furieux ne se livrent point sans motif* à leurs emportements. » Pourtant, immédiatement après, Esquirol nous annonce qu'il aura quelques exceptions à signaler à propos de la monomanie homicide.

Il passe en revue (t. 1, p. 528) les divers motifs du suicide, puis s'exprime ainsi : « On entrevoit déjà que le suicide n'est pour nous qu'un phénomène consécutif à un grand nombre de causes diverses ; qu'il se montre avec des caractères très-différents ; que *ce phénomène ne peut caractériser une maladie.* C'est pour avoir fait du suicide une maladie *sui generis,* qu'on a établi des propositions générales, démenties par l'expérience. »

En présence de ces trois citations, et en mettant à part la rare exception que fait l'auteur en faveur de l'homicide, exception que nous sommes tout disposé à accepter, si les faits la justifient suffisamment, est-il possible de se montrer plus contraire à la théorie des impulsions, des directions irrésistibles, des déterminations auto-

matiques, de la manie sans délire en un mot? Est-il possible de faire sentir plus clairement que les actes malfaisants, conséquences du délire qui *transporte hors de lui l'aliéné*, ne doivent avoir qu'une importance secondaire, au point de vue de la symptomatologie, et qu'ils ne dépendent nullement de l'excitation d'un penchant dont ils seraient le point de départ et le but?

Au chapitre *Monomanie homicide,* dont Esquirol donne pour synonymie les mots de *manie sans délire,* de *fureur maniaque,* de *manie raisonnante*, il passe d'abord en revue les divers motifs qui peuvent porter l'aliéné à tuer, et continuant, il dit : «Mais existe-t-il réellement une manie dans laquelle les malades, qui en sont atteints, conservent l'intégrité de leur raison, tandis qu'ils s'abandonnent aux actions les plus condamnables? Est-il un état pathologique dans lequel l'homme est entraîné irrésistiblement à un acte qui répugne à sa conscience? Je ne le pense pas. J'ai vu un grand nombre d'aliénés, qui paraissaient jouir de leur intelligence, qui déploraient les déterminations vers lesquelles ils étaient fortement entraînés; mais tous avouaient qu'ils sentaient quelque chose à l'intérieur dont ils ne pouvaient se rendre compte, que leur cerveau était embarrassé, qu'ils éprouvaient un trouble inexprimable dans l'exercice de leur raison; que ce trouble précurseur était lui-même annoncé par des symptômes physiques dont ils conservaient parfaitement le souvenir : ils sentaient, l'un une chaleur déchirante s'élever du bas-ventre jusqu'à la tête, l'autre une chaleur brûlante, avec des pulsations dans l'intérieur du crâne, etc.; d'autres affirmaient qu'une illusion, une hallucination, un raisonnement faux, les avaient déterminés. Je m'explique par des exemples : un aliéné devient tout à coup très-rouge; il entend une voix qui lui crie : *Tue, tue, c'est ton ennemi; tue et tu seras libre.* Un autre est persuadé que sa femme le trahit, etc.»

Esquirol ajoute que les exemples de Pinel viennent à l'appui de ceux qu'il indique lui-même : ce qui nous permet d'invoquer Esquirol contre Pinel, en faveur de notre manière de voir.

« Presque tous les faits de manie sans délire, dit-il plus loin, rapportés par les auteurs appartiennent à la monomanie ou à la lypémanie, à cette espèce de folie *caractérisée par un délire fixe et exclusif*... Mais toujours est-il vrai que ce qu'on a appelé folie raisonnante, manie sans délire, fureur maniaque, appartient plutôt à la monomanie ou à la lypémanie, et que *les actes de fureur sont toujours le résultat du délire*, quelque passager qu'on le suppose. »

C'est après avoir aussi nettement formulé une opinion que nous croyons conforme à la vérité, que le savant médecin de Charenton se vit obligé de la modifier, à la suite de faits nouveaux, et c'est alors qu'il fut amené à subdiviser la monomanie en trois espèces :

1° *Monomanie intellectuelle* : désordre intellectuel concentré sur un seul objet ou sur une série d'objets circonscrits; hors de ce délire, ces individus sentent, raisonnent, et agissent comme tout le monde.

2° *Monomanie affective*, manie raisonnante des auteurs : le malade ne déraisonne pas; ses affections, son caractère seulement, sont pervertis; il justifie l'état actuel de ses sentiments et excuse la bizarrerie, l'inconvenance de ses actes, par des motifs plausibles, par des explications très-bien raisonnées.

3° *Monomanie instinctive* : la volonté est lésée; le malade, hors des voies ordinaires, est entraîné à des actes que la raison ou le sentiment ne déterminent pas, que la conscience réprouve, que la volonté n'a plus la force de réprimer ; *les actions y sont involontaires, instinctives, irrésistibles.*

Ces deux dernières espèces de maladies ne sont autre chose que la manie sans délire de Pinel, la fureur maniaque de Fodéré, et ainsi, ce qu'Esquirol avait d'abord repoussé, il l'admet ensuite. Cela devient surtout très-évident quand on lit son dernier mémoire sur la monomanie homicide, qu'on trouve à la fin du dernier volume de son *Traité des maladies mentales*. Il dit (t. 2, p. 792) : « Cette monomanie présente deux formes bien distinctes. Dans quelques cas, le meurtre est *provoqué* par une conviction intime, mais délirante, par l'exaltation de l'imagination égarée, par un raisonnement faux,

ou par les passions en délire. Dans d'autres cas, le monomaniaque homicide ne présente aucune altération appréciable de l'intelligence ou des affections; il est *entraîné par un instinct aveugle,* par quelque chose d'indéfinissable qui le pousse à tuer.»

Un tel changement d'opinion, chez un homme aussi considérable dans la science, n'a dû s'opérer, comme chacun se l'imagine d'abord, que sous l'influence de faits bien caractéristiques; c'est ce que nous avions espéré constater, et cependant notre espérance a été pleinement déçue. Nous avons lu et relu tous ces faits dans les différents passages où l'auteur les a accumulés : non-seulement Esquirol en a rapporté (t. 2, chap. *Monomanie*) un grand nombre confusément, sans les faire cadrer avec les trois divisions de monomanie qu'il y établit et dont nous avons parlé précédemment; mais nous n'en avons trouvé aucun qui pût justifier d'une manière satisfaisante ces divisions; de sorte que nous considérons la systématisation qu'Esquirol a voulu constituer comme le résultat de préoccupations psychologiques plutôt que comme le produit d'une observation rigoureuse.

La lecture de ces faits justifierait bien vite l'exactitude de ce que nous venons de dire : nous voudrions tous les citer; mais, comme il nous est impossible de le faire, nous nous bornerons au dernier mémoire d'Esquirol sur la monomanie homicide, parce qu'il est la dernière expression de l'opinion de cet auteur, et aussi parce que là il a séparé les observations en deux catégories : la première, comprenant les faits d'entraînement à l'acte par un délire partiel; la seconde, ceux où il est irrésistible, instinctif, aveugle, sans motif, sans égarement. Nous n'avons à nous occuper que de ces derniers : ils sont au nombre de 17, dont trois sont empruntés à Gall, trois à Marc, un à Georget, un à M. le Dr Michu, un autre à un pasteur protestant, un au Dr Barbier, d'Amiens, un au *Mercure* de Souabe, un au *Journal de Paris;* cinq seulement appartiennent à Esquirol. Réservant les faits de Marc, Georget, et de M. Michu,

pour un examen ultérieur, il ne nous en reste que 12, dont nous allons donner les analyses assez complètes pour que le lecteur puisse juger.

6. Gall fut invité, par un chirurgien de régiment, à voir un soldat à qui le chagrin d'avoir perdu sa femme qu'il aimait avait affaibli le corps et occasionné une irritabilité excessive. *Accès de convulsions tous les mois,* avec penchant irrésistible à tuer, accompagnant ces convulsions. Il sentait venir le mal et demandait avec instance à être enchaîné. Ces accès avaient une durée de quelques jours.

7. Une femme de vingt-six ans éprouvait, surtout à l'époque des menstrues, des angoisses inexprimables, la tentation de se détruire, de tuer son mari et ses enfants, qui lui étaient très-chers. Elle frémissait de terreur en prévoyant le combat qui allait se livrer dans son intérieur entre ses devoirs, ses principes religieux, et son impulsion maladive. Elle n'avait plus le courage de baigner son plus jeune enfant, car une voix intérieure lui disait : *laisse-le couler.* Elle avait souvent de la peine à jeter au loin un couteau qu'elle était tentée de plonger dans son propre sein et dans celui de ses enfants.

8. Un paysan, né en Souabe, de parents ne jouissant pas d'une bonne santé, était *épileptique* depuis l'âge de huit ans. Ses accès d'épilepsie se sont changés en accès de fureur meurtrière, à vingt-quatre ans. Il sent ses accès venir et demande à être enchaîné. Accès de deux ou trois jours, pendant lesquels *il crie, chante, vocifère, fait toutes sortes de grimaces et de contorsions.*

Ces trois faits, extraits de Gall, sont beaucoup plus des assertions que des observations scientifiques : néanmoins, si l'on y réfléchit un peu, pour les juger, on ne tarde pas à voir qu'ils ne peuvent prouver ce pourquoi ils sont cités. Une analogie frappante existe entre les n°s 6 et 8 : dans celui-ci, il se rencontre une épilepsie qui s'était changée en accès de fureur. Cette dernière circonstance nous est précieuse ; elle nous rappelle plusieurs exemples d'épileptiques que nous avons observés à l'asile des aliénés de Maréville. Ces épileptiques *tombent rarement*, tous les mois, tous les deux, trois mois, et quelquefois moins encore. L'accès s'annonce par un teint plus

animé, une loquacité plus grande; le malade devient extrêmement irritable, il se plaint de tout. Le lendemain ou le surlendemain, congestion sanguine manifeste à la tête, trouble général des idées, fureur aveugle, quelquefois attaques d'épilepsie fréquentes, coup sur coup, horribles à voir, agitation extraordinaire. Cet état dure deux, trois, quatre jours; puis tous ces symptômes effrayants disparaissent aussi vite qu'ils étaient arrivés. Le malade est brisé de fatigue, hébété; il se souvient rarement ou à peine de ce qui lui est arrivé. Ces cas sont nettement caractérisés et forment une variété de folie épileptique excessivement grave et dangereuse. Nous pensons que les malades des n°s 6 et 8 doivent être considérés comme appartenant à cette classe; ils ne peuvent être admis comme exemples de penchant irrésistible sans trouble de l'intelligence : car, pendant de tels accès, bien qu'il y ait fureur, penchant à la violence, il existe aussi, outre les symptômes physiques, trouble général de l'esprit, délire évident. Gall lui-même ne l'indique-t-il pas dans les mots que nous avons soulignés au n° 8?

Peut-on dire que la malade du n° 7 présente un penchant irrésistible à tuer? N'est-ce pas plutôt une disposition générale à se méfier d'elle-même, une espèce d'hypochondrie morale? Elle n'a pas fait de tentative de meurtre, l'irrésistibilité ne devait pas être bien puissante! C'était probablement un délire partiel avec toutes sortes de craintes, de défiances, de désespoirs, avec des hallucinations même; car elle entendait une voix qui lui disait, quand elle baignait son enfant : « Laisse-le couler! » Nous sommes persuadé que personne ne verra là un fait capable de prouver l'impulsion aveugle, sans trace appréciable d'altération de l'entendement.

9. Un pasteur protestant, nommé Jaquier, écrivit à Esquirol le fait suivant, attesté par un membre de l'Institut, M. Serres, alors dans ce pays.

Une dame, âgée de vingt-cinq à vingt-huit ans, fit appeler ce pasteur. Elle était dans un état déplorable, poursuivie par l'idée d'égorger son enfant. Constitution très-forte, teint coloré, yeux rouges et enflammés par suite des larmes qu'elle avait versées: on dirait une criminelle qu'on allait conduire au supplice. Après s'être

un peu remise, elle dit que cette idée lui était survenue le lendemain du jour où elle avait entendu raconter l'histoire de la fille Cornier; il y avait de cela à peu près un mois. Quand cette idée la prit, elle était *inquiète, agitée;* elle entendit quelque chose lui dire : *prends-le, tue-le ;* depuis, cette malheureuse idée la poursuivait. Un jour, se trouvant seule à la cuisine avec son enfant, et voyant un marassin (grand couteau), son idée lui survint; et, pour ne pas céder, elle se hâta d'aller jeter le marassin dans la rivière.

Elle ne révéla ses terribles tentations à sa belle-mère que lorsque celle-ci, ne trouvant pas le marassin, le demanda à sa belle-fille... Privée de sommeil, tourmentée horriblement, elle avait plusieurs fois tenté de s'empoisonner. Elle allait un jour chercher de l'eau-forte pour se détruire : *pourtant, que dira-t-on de moi ?* se dit-elle, et cette idée la fit retourner chez elle, où elle s'abandonna à toute la violence de son désespoir.

Voilà un pasteur qui n'avait sans doute jamais vu d'aliéné et qui est appelé près d'une femme en larmes; celle-ci lui fait un récit imaginaire de ses tourments, elle est affreusement poursuivie par l'idée de tuer son enfant; elle entend une voix qui lui crie : « Prends-le ! tue-le ! » Elle est tellement désespérée, qu'elle veut se tuer ; mais elle s'arrête en chemin par respect humain.

Que conclure de tout cela? Rien. En supposant que le pasteur fût compétent, ce n'était pas dans une visite ou deux qu'il pouvait juger. Tous les aliénistes savent combien il est quelquefois difficile d'arriver à la vérité quand il s'agit de certains délires partiels. Cette observation, qui semble calquée sur celle du n° 7, doit être jugée de la même façon ; et de plus, nous demandons quelle ressemblance existe entre elle et celles des n°s 6 et 8.

10. Le Dr Barbier, d'Amiens, a observé le fait suivant :

Marguerite Molliens, âgée de vingt-quatre ans, avait depuis trois ans des *douleurs à l'épigastre avec flatuosités, douleur et gonflement du côté droit de l'abdomen.* Sujette à des céphalalgies du sommet de la tête, à des vertiges, à des bruissements d'oreilles, à des frémissements dans le crâne : palpitations de cœur, serrement de la gorge, tremblement par accès des membres. Cinq jours après ses couches, à dîner, elle entend raconter l'histoire de la fille Cornier. Molliens est fortement frappée de cette horrible action, et craint dès ce moment d'avoir une

pareille idée. Puis cette idée la poursuit sans cesse. *Un jour, sentant son bras,* dit-elle, *se porter involontairement vers un couteau,* elle se met à crier au secours : on accourt, elle se calme dès qu'elle voit qu'on ne la laissera pas libre de faire ce que sa volonté condamne; elle pleure et se désole d'avoir un tel penchant. Conduite à l'hôtel-Dieu d'Amiens, elle est traitée pour ses douleurs de tête et de l'épigastre. Ses transissements et ses mauvaises pensées se passent petit à petit, elle sort rétablie après six semaines.

Cette observation est très-complexe : elle est un mélange de symptômes hystériques, hypochondriaques, et d'accidents qu'on a désignés sous le nom de *suites de couches.* Il semble ici encore, comme dans les nos 7 et 9, que la malade était dominée par la crainte, par la défiance d'elle-même, plutôt que par un véritable penchant au meurtre : elle n'a pas fait de tentative, car peut-on regarder comme une tentative cette main qu'elle sent involontairement se porter vers un couteau ? Ne sait-on pas d'ailleurs toutes les idées extravagantes qui peuvent surgir dans un état aussi compliqué, de nature hystérique ; et peut-on affirmer, avec les seules données de l'observation, que l'intelligence était intacte, ne présentait aucune altération appréciable?

11. Un voiturier du bailliage de Frunterdadt (*Mercure de Souabe,* 1820) est pris subitement de manie homicide, sur la route, entre Aalen et Gémunde. *Son premier acte de démence fut de se renfermer dans une écurie avec ses chevaux, sans leur donner à manger.* En partant, il n'en attelle que deux, et monte sur le troisième. A Nogglengen, il maltraite une femme ; *plus loin, il marche à pied devant ses chevaux, armé d'une hache.* Il rencontre et tue une femme, puis un garçon de treize ans, puis un homme de trente, abandonne sa hache et sa voiture ; il attaque, tout en continuant sa route, deux juifs qui peuvent s'échapper, puis un paysan qui appelle du secours. On arrive; l'individu est saisi, garrotté, et mis en présence des cadavres, il dit : ce n'est pas moi, c'est mon mauvais esprit qui a commis ces meurtres.

En lisant cette observation, tout incomplète qu'elle soit, ne sent-on pas qu'il a dû exister un délire, même assez général ? Voyez cet

homme qui s'enferme dans une écurie, avec ses chevaux, sans leur donner à manger; voyez-le ensuite marcher devant eux, armé d'une hache, puis tuant indistinctement tout ce qu'il rencontre sur sa route : ne sont-ce pas là les caractères d'un paroxysme d'agitation presque maniaque, dans lequel l'activité extrême des mouvements dénote un grand désordre intérieur?

12. Un petit marchand, S. Mounin, *épileptique*, âgé de trente ans (*Journal de Paris*, 1826), est grondé par sa mère, au retour d'une foire, à propos d'un marché qu'il a fait. Mounin s'irrite : le lendemain matin, après *quelques accès de folie*, il se sauve dans les champs, sans chapeau, sans chaussure; et, en quelques instants, il tue successivement trois hommes. Il est enfin arrêté. Il répond qu'il se rappelle bien les meurtres, mais qu'il avait perdu la tête, que *depuis deux jours il était dans un état horrible, voyant des tourbillons de feu et des objets effrayants.* Il demande qu'on le fasse mourir, puisqu'il a tant fait de mal.

Comment concevoir que l'on puisse citer un pareil fait d'aliénation générale épileptique comme exemple de manie sans délire!

Restent les cinq observations suivantes, recueillies par Esquirol, et dont la première est une simple consultation.

13. Un homme de quarante-cinq ans, habitant la campagne, dans une position aisée et prospère, n'ayant aucun motif de chagrin dans son ménage, aimant sa femme, vint consulter Esquirol. Rien n'annonçait chez lui le plus léger désordre de la raison : ses réponses étaient précises. Il avait lu, dit-il, l'acte d'accusation de la fille Cornier, sans y faire grande attention; et pendant la nuit, il s'était réveillé en sursaut avec la pensée de tuer sa femme. Il se lève, se promène une heure, après quoi, n'ayant plus d'inquiétude, il se recouche. En trois semaines, ce même phénomène s'est reproduit trois fois. Il en est désolé..., il n'a qu'un peu de céphalalgie. Il a quitté sa femme dans la crainte de succomber, et il est disposé à tout faire pour se guérir.

14. Madame C. G., âgée de trente-quatre ans, constitution sèche, tempérament bilioso-nerveux, caractère doux, disposée à se préoccuper des choses les plus simples, les plus indifférentes, élevée dans un couvent, bonne santé, fortune aisée, mariée à dix-neuf ans. Elle se fatigue bientôt des soins de son ménage, et

tout à coup, sans motif, elle est *frappée de l'idée qu'elle a des mains et qu'elle pourrait s'en servir pour tuer :* elle, pourtant qui répugne à tuer une mouche! Cette idée la révolte et l'assiége sans cesse. Maux de tête, embarras, sentiment de brûlure dans la partie inférieure de la poitrine, étouffements, dégoût pour les aliments, rapports acides, vomissements, digestions pénibles, constipation opiniâtre : *elle invoque la mort, comme le seul remède qui puisse la débarrasser des idées, des angoisses horribles qui l'accablent.*

A table, elle dit à ses voisins : *voilà des couteaux! je pourrais bien les prendre et vous tuer.* Sa belle-sœur lui dit un jour, en riant : *venez me tuer, je ne crains rien,* et ce propos inspire à la malade de la haine pour cette belle-sœur qu'elle ne voulut pas revoir pendant longtemps.

Après quelques années de calme, Madame G... éprouve de nouveaux tourments; elle ne peut jamais être satisfaite du service de ses domestiques, et elle sent que son mécontentement est ridicule : mêmes symptômes physiques. D'autres *préoccupations aussi futiles et aussi bizarres* viennent remplacer ces dernières, et rien ne peut l'en distraire; néanmoins elle conserve la plénitude de sa raison.

A trente-deux ans, elle espère que sa grossesse, le soin de son enfant, la guériront. Vaine espérance!... Une paysanne lui dit qu'elle devrait habiller une sainte Vierge; Madame G... ne croit pas à l'efficacité de ce moyen, et cependant elle se tourmente jusqu'à ce qu'elle ait fait habiller richement une statue de la Vierge. Même chose pour un premier pélerinage, pour un deuxième, pour un troisième; puis viennent les messes : il faut *qu'elles soient dites d'une manière particulière.* Rien ne la guérit, et, désespérée, elle veut se donner la mort pour mettre un terme à tous ses maux. Elle fut confiée aux soins d'Esquirol en 1827.

15. A l'âge de quatorze ans, Madame B... jouissait de toutes les apparences d'une bonne santé; plus tard, à chaque époque menstruelle, ou mieux, *tous les mois,* elle se plaint de céphalalgie; ses yeux sont rouges; *elle est inquiète, irascible, sombre.* Bientôt la face s'injecte comme les yeux; *tout contrarie la malade, l'irrite;* elle cherche particulièrement dispute à sa mère, elle éprouve de violents mouvements de colère : menaces, injures, malédictions envers sa mère; quelques tentatives de suicide. Deux ou trois fois, armée d'un couteau, elle s'est précipitée sur sa mère. L'accès étant arrivé à son plus haut degré, le sang s'échappait par la bouche, le nez, les yeux, puis survenaient des pleurs, un tremblement général, du froid aux extrémités, des douleurs convulsives, des regrets, des angoisses pendant plusieurs heures. Dans la dernière période de l'accès qui durait un ou deux jours, *la malade se roulait par terre, se frappait, s'égratignait :*

tête brûlante, extrémités froides. Au début, regard sombre, teint animé; caractère difficile, exigeant, querelleur; un geste, un regard, un refus, tout est motif d'emportement. Dans la période de colère, la douleur n'existe pas.

L'accès fini, elle était bonne pour sa mère, lui demandait pardon; elle pleurait. Pourquoi m'a-t-on faite comme cela? disait-elle; je voudrais être morte. *Je ne puis me retenir, lorsque je suis arrivée dans mes colères; je ne vois plus rien, je ne sais plus ce que je fais, ni ce que je dis. Elle n'avait pas un souvenir complet de ses accès.* A seize ans, les accès de colère sont remplacés par des *convulsions hystériques.* Règles à dix-sept ans, guérison, mariage : elle devient bonne fille et excellente mère; seulement elle a conservé un caractère parfois difficile et une disposition à la mélancolie.

16. M. N..., vingt et un ans, maigre, constitution nerveuse, caractère sombre et bourru, sans tendresse pour sa mère. A dix-huit ans, tristesse plus grande; le malade fuit ses camarades, et vit isolé. Il travaille assidûment dans son magasin, et ni ses discours ni ses actions, n'indiquent de folie; cependant il déclare qu'il se sent une sorte d'impulsion à poignarder sa sœur, sa mère; qu'il n'est plus le maître de sa volonté. Plus d'une fois, quelques minutes après avoir embrassé sa mère, il devient rouge, son œil est brillant; il s'écrie : *Ma mère, sauvez-vous, je vais vous égorger!* Bientôt après, il se calme, pleure, et s'éloigne. Un jour il rencontre dans la rue un militaire suisse, saute sur son sabre, et veut l'arracher pour égorger ce militaire, qu'il ne connaît pas; un autre jour, il attire sa mère dans la cave, et veut la tuer avec une bouteille.

Depuis six mois qu'il est dominé par cette impulsion, *il dort peu, souffre de la tête, ne veut voir personne, est insensible au chagrin de sa famille,* mais il n'offre nulle apparence de délire dans ses discours.

Conduit à Charenton, il raconte avec le plus grand sang-froid qu'il a été cinq ou six fois sur le point de tuer sa mère et sa sœur; qu'il n'en aurait pas de regret, puisqu'elles le font enfermer; qu'il n'obéira à personne; qu'au reste, il n'a pas de motif d'agir ainsi, qu'il n'a pas d'idée fixe. Dans les premiers jours du troisième mois de séjour à Charenton, sa face se colore, ses yeux sont brillants; paroles véhémentes et peu polies : *on veut le perdre; il voit des spectres sinistres, il entend des paroles dont le sens n'est que trop clair. Pas de sommeil.* Cet état dure huit jours; de pareils accès se renouvellent encore, mais diminuent de durée; puis, guérison.

17. Madame N..., âgée de trente ans, mère de quatre enfants, très-nerveuse; la plus légère surprise, la moindre frayeur, supprime ses règles. Depuis sa der-

nière couche (quatorze mois), elle est plus susceptible et plus mobile encore, *plusieurs accès hystériques* sans convulsions, mais avec tremblement général. La dernière couche, quoique heureuse, avait été suivie de douleurs de tête, d'estomac et de ventre, et de vertiges. Ces symptômes se dissipent, excepté l'épigastralgie, qui devient intermittente. Versatilité irrésistible dans ses affections; tantôt gaie, triste, confiante, ombrageuse, tantôt faible, pusillanime, *avec des craintes imaginaires*.

Dans cet état, elle entend parler de l'affaire Cornier; aussitôt elle est saisie de l'idée de tuer son enfant. Cette idée l'excite au suicide; *il vaut mieux*, se dit-elle, *méchante femme, que ce soit toi qui périsses.*

Entrée à Charenton, elle est douce, laborieuse, d'une raison parfaite: elle raconte son histoire sans émotion; c'est quelque chose qui la poussait derrière les épaules.

Elle n'est pas contente d'elle-même; elle se plaint de son indifférence pour tout ce qui regarde sa position.

Quinze jours après son entrée, et quatre avant son époque menstruelle, malaise général, loquacité, besoin de changer de place, idées sinistres, sommeil léger, réveil en sursaut au plus mince bruit. Sept jours après, l'excitation cesse, et fait place à la tristesse; elle fuit ses compagnes, verse des larmes : épigastralgie, odeur de soufre qui la suffoque, oppression, constipation, idées de meurtre. Huit jours après, calme, état satisfaisant.

Visite du mari et de la fille; la malade les voit avec plaisir, mais la vue d'un couteau réveille les idées de meurtre : elle s'enfuit en poussant un cri. Plus tard, on lui apprend que son enfant est malade: elle s'en inquiète, elle en pleure de chagrin, et cependant elle éprouve par moments un violent désir de poignarder cette enfant, de l'étouffer dans ses bras.

Elle reçoit avec une gaieté excessive la visite de son mari : *Quoi!* dit-elle, *avec tant de raisons de chagrin, je suis d'une gaieté ridicule!* Dans la nuit, elle se tourmente beaucoup, mais elle n'a pas d'idées de meurtre. Enfin les menstrues se rétablissent, les idées sinistres disparaissent; néanmoins la malade craint, après sa sortie, de ne pas être guérie.

Dans ces cinq dernières observations, est-il possible de voir des faits capables d'établir la doctrine des impulsions aveugles, sans motif réel ou imaginaire, la raison étant d'ailleurs saine? N'est-il pas singulier que, dans aucun de ces cinq cas spécialement choisis, il n'y ait pas eu de meurtre commis?

La première, n° 13, n'est qu'une consultation, et Esquirol pourrait bien ne pas avoir assez suivi le malade pour affirmer qu'il n'y avait point désordre de l'intelligence pendant les moments où son idée venait le subjuguer. N'est-il pas probable qu'alors il était dans un état de trouble plus ou moins général, tel qu'on le voit si souvent dans les accès de manie intermittente. Ce fait, comme tant d'autres, s'il était complet et rigoureusement exact, démontrerait sans doute l'existence de la manie sans délire ; mais tel quel, il ne peut rien établir ; il est impossible d'en tirer une déduction sérieuse. Dans une telle situation, il est encore nécessaire d'en appeler à l'observation plus détaillée des maladies mentales.

La femme du n° 14 ne montre-t-elle pas un désordre extraordinaire d'intelligence dans ces préoccupations futiles, dans ces messes qu'elle veut faire dire d'une manière particulière, etc., et peut-on affirmer qu'il y avait là penchant aveugle à tuer, sans trace sensible de trouble mental ?

Au n° 15, n'y a-t-il pas des preuves évidentes, certaines, de désordres nerveux et intellectuels de nature hystérique ? Les symptômes physiques, les convulsions, l'excitation, l'irritabilité, qui reviennent tous les mois, ne nous confirment-ils pas dans cette persuasion? Au milieu de phénomènes si variés, comment avancer que la raison était toujours saine, et l'entraînement instinctif, c'est-à-dire sans égarement de l'intelligence ? Remarquons encore que le médecin doit être sévèrement en garde contre les récits des malades hystériques ; car il n'y a pas de maladie où le besoin de tromper, de se singulariser, d'exciter un intérêt quelconque, s'observe plus fréquemment.

Le n° 16 présente des accès de manie intermittente, évidents à Charenton, avec trouble de la raison : congestion sanguine à la tête, insomnie, irritabilité, injures, menaces, visions de spectres, audition de paroles dont il comprend le sens. Ne doit-on pas supposer, avec raison, qu'avant son entrée à Charenton, ce malade avait eu chez lui de semblables accès, que des personnes étrangères

à la médecine mentale n'ont pas pu en observer la véritable nature, et par conséquent qu'ils n'ont pu en rendre un compte exact? Le récit des accès antérieurs paraît plutôt fait par le malade lui-même que par ceux qui ont pu l'observer pendant ce temps : d'ailleurs cette observation prouve quelle différence existe entre des faits observés par un médecin aliéniste et les mêmes faits racontés par des personnes étrangères à l'étude de la folie.

Au n° 17, c'est encore une femme hystérique, chez laquelle l'époque des menstrues détermine un état complexe de trouble physique et moral, avec altération évidente de l'intelligence.

La conclusion naturelle des divers faits que nous avons examinés n'est-elle pas que la croyance à la manie sans délire (fureur maniaque, monomanie instinctive) est plutôt le résultat d'idées théoriques que de démonstrations pratiques, d'observations incomplètes et mal interprétées que d'observations vraiment scientifiques?

Esquirol avait occupé un rang trop élevé dans la science pour que la doctrine de la manie sans délire, de la monomanie instinctive, ne fut pas admise, nous dirons presque sur sa parole, par tous ses élèves. La psychologie les a tous dominés d'une manière exclusive. L'homme possède la faculté de vouloir, la *volonté,* ont-ils dit ; cette faculté peut devenir malade isolément, elle peut le devenir primitivement ou consécutivement : ce qui produit dans un cas la monomanie instinctive, dans l'autre la monomanie raisonnante. Telle est la base théorique de cette doctrine, issue d'idées philosophiques. Ces auteurs ne semblent-ils pas des philosophes discutant sur la théorie du libre arbitre, plutôt que des médecins observant des symptômes maladifs, les étudiant dans leur marche, dans leur ensemble, pour arriver à décrire de véritables formes pathologiques : on s'explique ainsi comment on a pu avancer, en niant la compétence des médecins en pareil cas, que pour juger les faits légaux de maladie mentale, il suffisait d'avoir du bon sens. Continuons notre examen.

Georget est un de ceux qui ont poussé le plus loin les conséquences de la doctrine en question ; Marc même lui en fait le re-

proche suivant (t. 1, p. 229. *De la folie, considérée dans ses rapports médico-judiciaires*) : « Voir des monomaniaques partout, c'est arriver à ce qu'on n'en voie plus nulle part. Malgré le mérite de ses travaux, feu Georget me paraît avoir eu ce tort, et tout en voulant propager la doctrine de la monomanie, il a peut-être déversé sur elle la défaveur dans l'esprit des criminalistes. » Si on ne lisait de cet auteur que l'article *Folie* dans le *Dictionnaire de médecine* en 18 vol., on ne trouverait sans doute pas ce reproche justifié ; car, après y avoir dit (p. 241) que c'est presque toujours par suite d'idées erronées, et non par besoin ou pour le plaisir de tuer, que les aliénés sont entraînés à commettre un meurtre, Georget ajoute : « *Ces exemples de manie sans délire doivent être rares;* soit que la lésion des idées précède l'exaltation du penchant, ou que la perversion morale excite le délire, dans ces cas, les malades sont presque toujours guidés par des idées fausses dans leurs accès de fureur. » Mais Georget, dans une série d'articles insérés dans les *Archives générales de médecine* (t. 8, 10, 12 et 14, 1re série), rapporte tant de faits, d'ailleurs recueillis de toute part, et plus ou moins contestables, qu'il a bien pu être accusé de voir partout des fous.

Nous éliminons les observations dont nous parlons déjà ailleurs, et celles où Georget lui-même reconnaît des motifs délirants ; il ne nous en reste plus alors qu'un petit nombre à examiner : ce sont les principales, celles qui sont citées le plus souvent.

18. Léger (*Constitutionnel* et *Débats,* novembre 1824), vingt-neuf ans, vigneron, ancien militaire, est traduit devant les assises de Versailles, accusé : 1° de vol de légumes fait la nuit dans un jardin; 2° d'attentat à la pudeur avec violence sur la jeune Debully, âgée de douze ans; 3° d'avoir commis volontairement, avec préméditation et guet-à-pens, un homicide sur ladite Debully; 4° d'avoir caché le cadavre de cette enfant.

Dès sa jeunesse, Léger a toujours paru sombre et farouche, recherchant la solitude, fuyant la société des femmes et des jeunes garçons de son âge. Le 20 juin 1823, il quitte la maison paternelle sous prétexte de chercher une place de domestique, prenant avec lui 50 fr., et les habits seulement qu'il portait. Au

lieu de rentrer, il se retire dans un bois distant de plusieurs heures, le parcourt pendant huit jours; puis trouve une grotte, où il fixe sa demeure. Là, il vit de racines, de pois, d'épis de blé, de groseilles, et autres fruits; une nuit, il va voler des artichauds ; un jour, il prend un lapin, et le mange tout cru. Pressé par la faim, il se rend plusieurs fois à un village voisin pour y acheter du pain et du fromage. Dans sa solitude, il éprouve le besoin de manger de la chair humaine, dit-il, de s'abreuver de sang. Le 10 août, il rencontre sur la lisière du bois une petite fille : il l'a prend par le cou avec un mouchoir, et la charge sur son dos. Fatigué, il la jette sur l'herbe : elle est sans mouvement, elle est morte; il la viole, l'éventre, suce son cœur, et enterre les débris dans sa grotte. Trois jours après, il est arrêté : il dit s'être évadé des galères de Brest; nie d'abord, puis avoue tout. Indifférence et sourire stupide pendant les débats ; il répond qu'il avait le cerveau vide, que c'était l'esprit malin qui le poussait. Il fut condamné et exécuté.

Quoique la condamnation de Léger puisse arguer contre l'existence de la folie chez cet homme, nous sommes convaincu qu'il était fou. Sa retraite dans la forêt, le genre de vie qu'il y mène, ses actes, les motifs qu'il en donne, tout annonce un aliéné; mais quel genre d'aliéné? Était-ce de la lycanthropie, de l'érotomanie, de la cleptomanie, de la monomanie homicide, instinctive ou raisonnante, une manie intermittente? Était-ce un demi-imbécille, ayant eu un accès de manie ou de lypémanie?

Nous manquons évidemment de détails nécessaires pour répondre à ces questions; mais comment concevoir que l'on puisse citer un pareil fait comme un exemple de penchant irrésistible au meurtre, sans trace appréciable de désordre intellectuel?

19. Henry Feldtmann (*Débats*, avril 1823), 56 ans, ouvrier tailleur, vivait en concubinage avec une femme dont il avait deux filles. Il est traduit devant les assises de Paris, accusé d'avoir tué sa propre fille, pour laquelle il avait conçu, depuis six ou sept ans, une violente passion. Caractère emporté, intelligence médiocre (*le pasteur Gœppe déclare avoir remarqué chez le prévenu une sorte d'idiotisme*); Feldtmann était entêté, laborieux du reste et probe. Sa passion pour sa fille Victorine remonte à 1815, depuis elle n'a fait qu'augmenter. Plusieurs fois, les trois femmes le quittent pour éviter ses violences. Promesses vaines de renoncer à sa

passion, retour des femmes, plusieurs tentatives violentes pour satisfaire son appétit sexuel. Enfin, désespérant d'arriver à posséder sa fille, Feldtmann la tue. Arrêté immédiatement, il déclare que c'est bien fait. Figure calme et immobile pendant les débats; le prévenu répond qu'il n'avait pas la tête à lui. D'après quelques dépositions, il avait eu à plusieurs reprises des moments d'égarement.

Y a-t-il dans ce cas penchant aveugle, instinctif, à tuer? Assurément non; le meurtre a été tout à fait accidentel, et la conséquence du refus de la fille Victorine de céder à la passion de son malheureux père. Feldtmann n'était-il pas d'ailleurs plutôt un imbécile qu'un véritable fou? Georget nous autorise à le penser quand il ajoute, après une discussion sur les différences de la folie et de la passion: «Feldtmann n'était pas un fou, mais un homme dont la faible raison était dominée par une passion qui était devenue une véritable maladie, et qu'il fallait tout à la fois punir et guérir en le séquestrant pour longtemps de la société.» Ce fait ne peut donc pas modifier notre manière de voir.

Nous ne rapporterons pas l'observation de Lecouffe (Louis), parce que Lecouffe était épileptique, qu'il avait commis son meurtre à l'instigation de sa mère, avec motif d'intérêt; parce que Marc lui-même (t. 1, p. 229) ne le considère pas comme ayant été fou.

Nous ne citerons pas davantage celle de Jean-Pierre, ancien notaire, que Marc également (t. 1, p. 277) considère comme ayant simulé la folie.

20. Louis-Auguste Papavoine (*Constitutionnel* et *Débats*, février 1825), quarante et un ans, ex-commis de première classe de la marine, traduit aux assises de Paris, accusé d'homicide sur la personne de deux enfants en bas âge.

Éducation soignée; caractère probe, mais mélancolique, peu communicatif, se plaisant dans la solitude. En 1823, ruine du père, qui était fabricant, d'où *humeur plus sombre, accès de folie de dix jours environ (Papavoine avait de la fièvre, on lui en voulait, il désirait un pistolet pour se défendre)*. Après la mort du père, il donne sa démission de commis de la marine pour seconder sa mère; nouveaux malheurs dans leur commerce. Papavoine redemande en vain son emploi.

Mélancolie plus grande, insomnie ; sa raison s'égare parfois ; un jour, il vient dire à sa mère que son père n'est pas mort, qu'on enterre quelquefois les vivants ; il a peur de tout : «Que veut-on de moi ? s'écrie-t-il tout troublé ; au surplus, je ne crains ni le rasoir ni le pistolet.» Le 6 octobre, il se rend à Paris pour affaires urgentes ; il est agité en parlant. Le 10, promenade au bois de Vincennes ; il voit une femme avec deux enfants ; il retourne au village, achète un couteau, revient, tue les deux enfants, et puis se sauve dans les taillis. Arrêté, il nie d'abord, puis il avoue tout et déclare qu'il avait la tête perdue.

Il nous paraît difficile, d'après ce récit même, emprunté à des journaux, de douter de l'existence de la folie, et d'une folie très-complexe, chez Papavoine ; aussi nous étonnons-nous de voir Georget se demander si cet homme était fou oui ou non, et se répondre que, comme médecin, il reste dans le doute, et que, comme juré, il eût voté pour l'acquittement. Dans tous les cas, l'acte violent nous paraît avoir été commis dans un état de désordre intellectuel manifeste.

Maintenant que conclure de ces faits rapportés par Georget ; peuvent-ils en rien infirmer notre manière de voir ? Nous ne le pensons pas, et nous répéterons toujours que, pour asseoir une doctrine, il faut des faits plus complets, observés plus scientifiquement, et non recueillis au hasard par des personnes étrangères le plus souvent à ces graves questions.

Marc, dans plusieurs mémoires écrits à diverses époques, mémoires qui se retrouvent dans son ouvrage en deux volumes (*Traité de la folie, considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires ;* 1840), s'est montré un partisan bien convaincu de la manie sans délire, de la monomanie instinctive. Il revient sur cette question dans un grand nombre de passages de son livre, ce qui ne contribue pas peu à y produire une confusion qui en rend la lecture et l'étude très-pénibles. Nous croyons néanmoins n'avoir omis aucun des faits principaux sur lesquels s'appuie surtout l'auteur pour prouver l'existence de la folie par simple penchant aveugle, sans trouble de la raison.

« *Toute lésion bien constatée* (dit Marc, t. 1, p. 84) *de l'entendement*, chez celui qui est inculpé d'un acte criminel, détruit la criminalité de cet acte par cela même qu'il doit être considéré comme involontaire. Ce sera donc la volonté qu'il faudra juger, moins toutefois sous le rapport de la matérialité du fait que sous celui des *causes intellectuelles qui l'ont déterminé.* » Ne serait-il pas possible, en commentant cette citation, de prouver que Marc est en contradiction avec lui-même? Comment, en effet, constater une lésion de l'entendement dans les cas de manie sans délire, où, dit-on, il n'en existe pas? Comment étudier les causes intellectuelles qui ont déterminé l'acte, quand cet acte est, dit-on, instinctif, aveugle, sans motif, sans trouble de la raison? Mais arrivons aux faits.

21. Henriette Cornier, femme Berton, orpheline de bonne heure, fut d'abord élevée par une tante religieuse. A douze ans, elle passa sous la surveillance d'un tuteur, Bernard Roy, qui paraît l'avoir traitée avec dureté, et même l'avoir frappée souvent. Couturière, à dix-neuf ans, elle épouse le nommé Berton, dont on ignorait la conduite, et qui ne tarda pas à être privé de toutes ressources. Henriette, effrayée de son avenir, quitte son mari après quatre mois de mariage, se rend à Paris, près de son frère, qui l'aide de sa bourse et de ses conseils, et qui fait tout ce qui dépend de lui pour lui procurer de bonnes conditions. Elle est placée successivement dans plusieurs maisons; sa conduite est très-irrégulière. Elle vit avec plusieurs hommes, de l'un desquels elle a deux enfants, qu'elle abandonne. Son *caractère change ;* de rieuse, elle devient triste, sombre, pousse des soupirs. Elle ne fait plus exactement son service, on la renvoie. Elle tombe dans une *espèce de stupeur permanente ;* sa cousine s'en alarme, et ne peut en savoir le motif. Henriette *garde un silence absolu* sur la cause de sa profonde tristesse; elle tente de se *jeter à la Seine,* sur le Pont au Change; toujours même silence sur les causes de son chagrin. Elle fut ensuite placée chez la dame Tournier, où elle ne se plaisait pas trop. Ses maîtres un jour étaient sortis; elle va chez la fruitière Belon, y caresse leur enfant Fanny, âgée de dix-neuf mois, demande à l'emmener avec elle. A peine est-elle dans sa chambre, elle tranche la tête à la petite fille, jette cette tête par la fenêtre dans la rue. Elle avoue son crime, la préméditation, déclare qu'elle n'avait pas de motif, que c'est une idée qui lui a pris comme cela, qu'elle l'a exécutée, que c'était

sa destinée. Elle avait alors *ses règles.* État de stupeur après le meurtre et pendant les débats.

Dans l'existence d'Henriette Cornier, existence si troublée, il y a bien des causes de folie : son changement de caractère, la négligence dans son service, sa tentative de suicide, sa concentration et son silence absolu, nous témoignent même que cette femme a dû être folle dans quelques périodes de sa vie ; et si alors elle avait été examinée de plus près par des hommes compétents, nous ne doutons pas qu'ils eussent trouvé des symptômes délirants, peut-être une mélancolie avec dégoût de la vie. Peut-on s'en rapporter à ce que dit Henriette, quand on sait combien, dans une semblable forme d'aliénation, les malades présentent de défiance, parlent contrairement à leurs pensées intimes? Peut-on également s'en rapporter absolument aux diverses dépositions des témoins, si peu aptes à juger des cas toujours très-difficiles? Qu'on nous permette, à ce dernier égard, de faire connaître une circonstance dont nous avons été témoin. Un prêtre vint visiter un jeune malade ; il ne le trouvait pas aliéné, et s'étonnait de le voir ainsi séparé des siens. Quelque temps après, un autre prêtre, le successeur du premier, vint à son tour visiter le même malade, dont l'état n'avait du reste pas changé. Ce deuxième visiteur reconnut parfaitement bien la folie ; il alla même jusqu'à dire que ne pas la reconnaître serait être fou soi-même. Cependant le premier était un homme intelligent ; on peut croire que, par la nature de son ministère, il était initié à l'observation des phénomènes psychiques : néanmoins il se trompait, il ne s'apercevait pas de l'existence de la folie. Comment alors ne se tromperaient pas des personnes bien inférieures en éducation et en instruction? Nous pouvons donc bien considérer l'observation de Cornier, quelque longuement qu'en parle Marc, comme incomplète, et par suite insuffisante, pour prouver l'existence d'un penchant à tuer, aveugle, sans motif.

22. R., chimiste distingué, poëte aimable, d'un caractère naturellement doux et sociable, vint se constituer prisonnier dans une des maisons de santé du faubourg Saint-Antoine. Tourmenté du désir de tuer, il se prosternait souvent au pied des autels, et implorait la Divinité de le délivrer d'un penchant si atroce, et de l'origine duquel il n'a jamais pu rendre compte à Marc. Lorsque le malade sentait que sa volonté allait fléchir, sous l'empire de cette propension, il accourait vers le chef de l'établissement, *se faisait lier les pouces,* l'un contre l'autre, *avec un ruban.* Cette frêle ligature suffisait pour calmer le malheureux R., qui cependant a fini par exercer une tentative d'homicide sur un de ses gardiens, et *périr dans un accès de manie avec fureur.*

Que pouvons-nous dire de ce poëte aimable qui va se faire lier les pouces de temps en temps, et qui finit par périr dans un violent accès de manie avec fureur? N'était-il pas atteint de manie intermittente comme on en voit tant dans les asiles d'aliénés? peut-on affirmer que, pendant les accès, l'intelligence était intacte? Ce serait contraire à ce qui se voit tous les jours. L'absence de détails sur l'état dans lequel se trouvait R..., quand il allait se faire enchaîner avec un ruban, puis les préoccupations doctrinales de Marc, nous empêchent de partager l'opinion de cet auteur à l'égard de ce fait.

23. Dans une maison respectable, en Allemagne, une mère de famille rentre chez elle; une domestique, contre laquelle on n'a jamais eu de motif de plainte, *paraît dans une grande agitation;* elle veut parler seule à sa maîtresse, elle se jette à ses genoux, et lui demande en grâce la permission de quitter la maison. Sa maîtresse, étonnée d'une semblable prière, veut en connaître la cause, et elle apprend que, toutes les fois que la malheureuse domestique déshabille l'enfant et qu'elle est frappée de la blancheur de ses chairs, elle éprouve le désir presque irrésistible de l'égorger; elle craint de succomber, et préfère s'éloigner. Cet événement s'est passé dans la famille du baron de Humboldt, qui en a fait la relation.

Ce récit est une simple assertion; il nous est impossible de nous imaginer quel pouvait être l'état de cette domestique. Quelle que soit la science de l'illustre naturaliste, on nous permettra d'émettre un doute sur la valeur de son observation; elle manque trop évi-

demment de cachet scientifique, et les connaissances variées de l'observateur ne sont pas une garantie pour permettre d'affirmer qu'il a fixé son attention sur tous les faits de la maladie, comme aurait pu le faire une personne plus habituée à ce genre d'observation.

24. Une jeune dame, que j'ai (Marc) examinée dans une des maisons de santé de la capitale, éprouvait des désirs homicides dont elle ne pouvait indiquer les motifs; elle ne déraisonnait sur aucun point, et chaque fois qu'elle sentait en elle sa funeste propension *se reproduire et s'exalter,* elle versait un torrent de larmes, et suppliait qu'on lui mît la camisole de force, qu'elle gardait patiemment jusqu'à ce que l'accès, qui durait plusieurs jours, fût passé.

Marc a-t-il vu cette dame pendant ou après les accès? cette malade n'était-elle pas affectée d'une manie intermittente, ce que nous fait supposer la répétition des accès? Si Marc l'a toujours vue raisonnable, ne doit-on pas penser que ses visites n'ont eu lieu que pendant les intermittences?

25. Catherine Olhaven (Dr Mende, *Annales de Henke,* 1821) est née de parents pauvres, dans un village; elle fut sevrée à six semaines, à cause d'une maladie grave survenue à sa mère, et ayant débuté par l'envie de tuer son enfant. Après sa guérison, la mère ne se rappela rien; elle donna des soins tendres à sa petite fille.

Catherine a eu la petite vérole, elle a été tourmentée par les vers; ses règles parurent tard, mais régulièrement. Elle devient enceinte à trente-deux ans, accouche heureusement d'un garçon bien portant, qu'elle commença à nourrir. Ayant éprouvé, après ses couches, une forte colère, *elle eut un accès d'épilepsie,* qui cependant ne se reproduisit plus. Six semaines après son accouchement, elle se plaça nourrice chez un professeur de collége; elle s'y conduisait bien, était gaie; le nourrisson prospérait. Au bout de six autres semaines, Catherine éprouve un grand chagrin de la perte de son enfant, dont elle attribue la mort à la négligence de la femme chargée de le soigner : cette douleur disparut assez vite. Cinq mois après, les menstrues reparaissent avec souffrance; un mois après, elles reviennent avec le même malaise. L'allaitement fatigue Catherine; elle pâlit et maigrit, ainsi que son nourrisson... Du 20 au 24 octobre, la nourrice *éprouve de fortes coliques, des mouvements dans l'estomac, de l'anxiété.* Le 25, au soir, la

vue d'un couteau lui inspire la pensée de couper le cou à l'enfant; à ce moment, gargouillement dans l'estomac, *bouffées de chaleur à la tête, il lui semble que quelqu'un lui dit qu'elle est obligée de tuer cet enfant.* Elle le couche, descend avec effroi à la cuisine, jette le couteau, et prie la cuisinière de ne pas l'abandonner, parce qu'elle a de mauvaises pensées : celle-ci ne peut satisfaire à sa demande. Catherine remonte près de l'enfant, *chante, danse,* pour faire diversion à sa funeste idée. Elle se couche enfin, mais elle se réveille en sursaut, une force irrésistible la pousse. Heureusement les maîtres rentrent alors, elle se calme un peu. *L'agitation reparaît, la nourrice se parle comme si elle délirait :* «Quelles horribles, quelles affreuses pensées! mais c'est ridicule, affreux, épouvantable!» se dit-elle. Elle demande avec anxiété des nouvelles de l'enfant, l'appelle avec tendresse. Le lendemain, *fatigue, abattement ; elle continue à être en proie à des accès du délire qui la domine; elle reste assise sans parler et comme absorbée; regard fixe, farouche, face très-colorée;* elle ne s'occupe plus de l'enfant. Deux jours après, elle était rétablie, et faisait part, en pleurant, de tout ce qui s'était passé en elle. Elle n'avait pas alors ses menstrues.

Quelle que soit la manière dont on envisage ce fait, peut-on affirmer qu'il y ait eu penchant à tuer, sans trace de désordre intellectuel? Le professeur ne dit-il pas lui-même que Catherine se parlait comme si elle eût déliré, qu'elle était en proie à des accès de délire, qu'elle avait cru entendre qu'elle était obligée de tuer l'enfant? Le délire semble avoir été manifeste même aux yeux d'une personne étrangère à la médecine; cette observation ne saurait donc nous prouver l'existence de la manie sans délire, de la monomanie instinctive.

26. Une fille de huit ans (Parent-Duchâtelet) avait été mise en nourrice, puis élevée par sa grand'mère. De retour chez ses père et mère, *elle est triste, apathique, maigre,* sans manifestation de sentiments affectueux; elle ne tarde pas à avoir l'idée, le désir de faire mourir sa mère, son père, et cela *pour avoir les hardes de sa mère.* On se désole, on l'interroge, et on apprend qu'étant chez sa grand'mère, la petite fille s'*amusait* avec les petits garçons, que depuis elle s'amusait toute seule, qu'elle voudrait bien avoir encore des petits garçons ou même des hommes. Elle ne pleure jamais, ne rit jamais, ne se livre à aucun jeu, reste assise immobile sur sa chaise, et se masturbe tant qu'elle peut. La petite fut mise dans un couvent, où elle fut atteinte de vermine, de scorbut. Elle apprit l'état de polisseuse, mais elle ne sut jamais ni lire ni écrire. Elle venait voir

sa mère tous les dimanches. Elle était restée triste; la mère présumait que sa fille avait conservé ses mauvaises habitudes.

Nous pourrions citer plusieurs faits analogues, mais peuvent-ils arguer contre notre manière de voir? Il est à remarquer que tous ces enfants, offrant des phénomènes semblables à ceux de l'observation ci-dessus, sont des petites filles qui, dès l'âge le plus tendre, se sont livrées avec une triste fréquence à la masturbation: maigreur, pâleur, douleurs, convulsions quelquefois, apathie, paresse, stupeur, etc.; le physique comme le moral est profondément altéré. Un état pareil est si complexe, que nous ne comprenons pas comment on peut le citer comme exemple de manie sans délire; dans ces cas, les funestes pensées de ces enfants leur viennent le plus souvent par imitation, par instigation, avec motif; l'on ne peut avancer qu'elles soient le résultat d'un penchant surexcité. Ici même, ce prétendu penchant est motivé: l'enfant voulait avoir les hardes de sa mère. Qu'importe d'ailleurs que soient les motifs pour des intelligences aussi troublées? Nous ne les examinons pas, nous les constatons pour prouver que l'observation ne montre pas de faits de penchant aveugle, irrésistible, non motivé, et isolé au milieu d'une intelligence saine.

27. Augusta-Wilhelmine Strohm, trente ans (Dr Hopf, *Annales de Henke*), constitution saine et robuste, n'ayant offert jusque-là aucune trace de mélancolie, avait été domestique, et depuis *vivait seule dans sa chambre,* s'occupant de couture pour gagner sa vie. Elle ne se fit remarquer de ses voisins que par la piété avec laquelle elle faisait ses prières matin et soir. Un jour, elle invite à prendre le café chez elle une de ses camarades, Sophie Flugel, âgée de vingt-quatre ans, pleine de santé et de beauté. Un artilleur voisin avait été aussi invité. Quand celui-ci fut parti, la jeune Sophie, fatiguée par le grand nombre de bains qu'elle avait préparés ce jour (elle était baigneuse), et peut-être un peu étourdie par le café, se jeta sur le lit de son amie Strohm: celle-ci, la voyant endormie, va chercher une hachette et un couteau, qu'elle a soin d'aiguiser, puis l'assassine froidement. Strohm reste quelque temps calme devant le cadavre, lave ensuite le sol, y place un matelas sur lequel elle étend la morte, refait son

lit et se couche; mais à peine est-elle couchée et la nuit survenue, qu'elle éprouve de l'anxiété, et, au lieu d'attendre au lendemain, comme c'était son intention première, elle se relève, s'habille avec soin, prend ses livres de prière, de l'argent et du linge, et va se livrer à la justice.

Voici comment Strohm était arrivée à commettre une telle action : encore fort jeune, elle avait assisté, à Dresde, à une exécution pour assassinat; elle avait été frappée du soin avec lequel on prépara à mourir la condamnée, de sa marche à l'échafaud au milieu de la foule émue, et depuis *elle regardait comme le plus grand bonheur de mourir d'une manière aussi édifiante que cette condamnée.* Cette pensée ne la quitta plus.

Six semaines avant son crime, une nouvelle exécution vint encore exalter sa première idée, et la changer en une résolution, qu'elle exécuta, avec un affreux sang-froid et sans haine, sur une de ses meilleures amies.

Nous ne voulons pas apprécier ici l'état mental d'Augusta Strohm? Y avait-il un délire unique, ou bien un état plus complexe de trouble intellectuel? Les détails font évidemment défaut pour se prononcer en faveur de l'une ou l'autre assertion. Nous ferons remarquer seulement qu'il n'y a pas eu impulsion aveugle, penchant à tuer sans motif ni intérêt; mais qu'il y a eu une série d'idées qui ont amené l'acte, que cet acte n'a été que secondaire, et qu'il ne peut suffire à lui seul pour affirmer qu'il y avait maladie chez Strohm, et que cette maladie était une monomanie instinctive.

28. S...s, âgé de soixante ans (Metzger, 1780), ancien militaire, se marie après avoir obtenu son congé. Différents moyens sont employés par lui pour subvenir aux besoins de sa famille, mais aucun ne réussit. Après avoir végété quelque temps dans une place subalterne, il obtient enfin un emploi, mais qui peut d'autant moins suffire à ses dépenses les plus nécessaires, que son prédécesseur prélève une partie du traitement. L'impossibilité de vivre de son mince revenu et de satisfaire ses créanciers plonge peu à peu le malheureux S...s dans *un état de mélancolie.* Actif et gai autrefois, ainsi que l'affirment les témoins, sa conduite avait toujours été irréprochable. Cette mélancolie, que S...s cherche à dissiper par la lecture des livres ascétiques, augmente de plus en plus; cependant il s'attache au fils du propriétaire de la maison où il loge, il le chérit, et l'enfant le suit partout. Un jour, *sa mélancolie étant parvenue au comble,* S...s saisit un mar-

teau, et d'une main mal assurée, il en frappe l'enfant à chacune des tempes, de manière à y déterminer de fortes ecchymoses. A peine les coups sont-ils portés, qu'il fuit la maison et se livre à la justice. Metzger déclara qu'*il était réellement mélancolique.*

Si l'observation nous disait quelle mélancolie s'était emparée peu à peu de S...s, en quoi et comment, le jour de la tentative du meurtre, cette mélancolie était parvenue à son comble, ne doit-on pas supposer qu'on y trouverait des phénomènes délirants, des circonstances qui ont précédé et commandé l'action? Dans une telle pénurie, nous ne pouvons que refuser à cette observation, comme à beaucoup d'autres, toute valeur scientifique; il nous paraît impossible d'en déduire une conclusion légitime.

29. En 1817, année de misère, un pauvre journalier d'Alsace passe le Rhin (Dr Reisseisen, de Strasbourg) pour aller mendier. Après deux jours d'absence, il ne retrouve plus son fils cadet, âgé de quinze mois; sa femme l'avait égorgé, lui avait coupé la cuisse, qu'elle avait fait cuire avec des choux; elle en avait mangé une partie, et conservé l'autre pour son mari. La malheureuse mère déclare *avoir été poussée à cette atrocité par la misère et les cris de son enfant, tourmenté par la faim.* En prison et devant les assises, *elle se montre indifférente, affable, pousse des éclats de rire, parce que,* dit-elle, *il lui passe des idées risibles.* Elle a *dansé seule* dans sa prison.

Faiblesse intellectuelle: elle, le mari et même les témoins, sont *presque crétins.*

Elle avait été, deux ans auparavant, poursuivie par l'idée d'un trésor qu'elle connaissait, et elle avait pu déterminer deux hommes à exécuter des fouilles à cet objet à l'endroit où gisait le cadavre d'un animal.

Le jury acquitta cette femme comme folle; et en effet, cette espèce de crétinisme, cette danse solitaire, ces éclats de rire, cette indifférence aux débats, ne justifient-ils pas suffisamment un tel verdict? Quant à nous, pouvons-nous y voir l'exaltation d'un penchant sanguinaire, sans trouble de l'entendement? Cette malade paraît avoir été poussée à l'acte par un motif qu'elle indique elle-même, et les quelques circonstances que nous venons de relever suffisent

pour montrer chez cette femme l'existence d'une débilité intellectuelle native et de troubles intellectuels étrangers à l'idée de meurtre.

Toute la génération médicale qui a suivi Pinel et Esquirol, n'a fait qu'adopter la doctrine de ces illustres devanciers ; elle n'a pas apporté beaucoup d'arguments nouveaux en faveur de la manie sans délire ; elle en a plutôt constaté la rareté : d'où la différence qui sépare les médecins actuels de ceux de l'époque précédente. En effet, la plupart des auteurs qui ont depuis écrit sur la question dont nous nous occupons se sont d'abord appuyés sur les exemples anciens que nous avons examinés ; puis ils ont ajouté plus ou moins de faits dans lesquels se montre partout un délire très-évident, générateur de l'acte : de sorte que ces derniers faits nous sont plutôt favorables que contraires, aussi serons-nous bref à l'égard de ces divers auteurs.

M. le Dr Michu (*Discussion médico-légale sur la monomanie homicide*, à propos de H. Cornier 1826), se déclare partisan de la doctrine des penchants irrésistibles et aveugles. Sa pensée néanmoins ne nous a pas paru nettement formulée à cet égard ; car, dans son travail, l'auteur se propose d'établir qu'un meurtre peut être commis dans un premier accès d'aliénation mentale, susceptible de se développer sans être précédé d'aucun indice extérieur ; que le retour à l'état calme peut résulter de l'assouvissement du penchant ; en termes plus simples, qu'une folie meurtrière peut éclater subitement et n'être révélée que par le fait accompli pendant l'accès. Cette forme se rattache à la manie transitoire des auteurs, et, en quelque sorte, s'écarte de notre sujet, parce que, dans ces cas, on reconnaît l'existence d'un trouble général ; nous dirons cependant quelques mots des exemples cités par ce médecin.

Outre les faits déjà connus, tels que ceux de Cornier et de Papavoine, le Dr Michu en raconte deux nouveaux. Le premier se rapporte à une femme de la campagne, récemment accouchée, qui, pendant huit jours, fut tourmentée de l'idée de tuer son enfant, et ne présenta à l'observation médicale aucun autre symptôme que de la

constipation et de l'inappétence. Nous ne pouvons exprimer sur ce fait que notre grande réserve, en raison de la circonstance de l'accouchement récent : l'état particulier de la femme, sous l'influence de la grossesse comme sous l'influence de l'hystérie, présente tant d'imprévu, de bizarrerie, que nous sommes toujours en grande défiance quand nous découvrons dans une observation quelques traces de ces deux états particuliers. Ces états sont encore si peu connus, l'opinion générale leur accorde tant de puissance excentrique, qu'on peut en raconter les choses les plus extraordinaires, sans s'exposer pour ainsi dire à provoquer d'incrédulité.

Dans le second fait, c'est la femme d'un boucher, chez laquelle le délire, même très-composé, est manifeste : ainsi d'abord, chagrins nombreux, puis rêve de suicide par pendaison, et, dès le matin de ce rêve, taciturnité, idées confuses ; plus tard, idée de tuer ses enfants, idée de possession du diable, etc. Personne ne peut voir dans ce cas une manie sans délire.

M. Brierre de Boismont (*Observations médico-légales sur la monomanie homicide,* 1827) pense qu'il existe une monomanie qui a pour symptôme unique le besoin de verser le sang de son semblable ; mais il est remarquable que tous les faits particuliers cités par l'auteur présentent des traces de délire, délire amenant logiquement un acte que nous ne pouvons considérer comme le produit d'un besoin maladif, instinctif, aveugle. En effet, B... (Denis-Jean), qui se croit condamné à mort pour vol ; T..., chef de bataillon, qui meurt en démence ; H. C., qui tue sa femme, sa belle-sœur, dans une cave, etc., ont tous agi sous l'influence d'un trouble mental tellement évident, que nous nous croyons dispensé de rapporter plus longuement ces faits, car il est impossible de les envisager comme des cas de monomanie instinctive.

M. Foville (*Dict. de médecine et de chirurgie pratiques*, 1829) croit que la base commune des diverses classifications des maladies mentales n'est pas très-solide ; il se demande si ce sont véritablement

des espèces différentes de maladie, ces états qui se succèdent, et qui, dans bien des cas, ont une physionomie si douteuse, si mobile, qu'ils ne rentrent exactement dans aucune division des auteurs; et après avoir établi une classification entièrement physiologique et aussi artificielle que toutes les autres, cet auteur ajoute : *Toutes ces formes d'ailleurs peuvent bien n'être qu'une même maladie.* Cette citation de l'habile ex-médecin en chef de Charenton semble n'avoir aucun rapport avec la question de cette thèse; mais on nous la pardonnera, parce qu'elle justifie, jusqu'à un certain point, notre première épigraphe. Relativement à la monomanie, l'auteur, sans entrer dans les divisions en monomanies instinctive et intellectuelle, dit positivement *qu'il n'en a pas vu trois cas bien caractérisés, qu'il n'a vu que deux monomaniaques méritant rigoureusement ce nom, et encore ces deux malades éprouvaient par intervalles un délire plus ou moins étendu.*

Nous nous bornerons ici à signaler la grande différence qui sépare ce dernier auteur et les créateurs de la manie sans délire, quant à la fréquence de cette forme de maladie.

Le médecin des aliénés de Marseille, M. le Dr Aubanel (*Rapports judiciaires et considérations médico-légales sur quelques cas de folie homicide; Annales médic.-psych.,* 1845) fait connaître plusieurs faits intéressants entièrement favorables à notre manière de voir. Biscacarat, Étienne, Pierre, etc., présentaient tous des symptômes délirants très-sensibles, et l'acte qui en a été la conséquence ne peut être considéré comme ayant été accompli par simple besoin aveugle, sans trouble de la raison.

Nous pourrions encore passer en revue plusieurs autres travaux que nous avons examinés avec soin; mais nous sommes obligé de nous en abstenir, afin d'éviter des répétitions fastidieuses. Nous terminerons par une exposition succincte de l'opinion de M. Baillarger, opinion que nous avons recueillie dans un travail publié en 1848 (*Ann. médic.-psychol.*), ainsi que dans le cours fait chaque année à la Salpêtrière par cet honorable médecin.

La monomanie pure, dit l'auteur, *consiste dans une idée fixe, souvent absurde, se maintenant isolée au milieu d'une intelligence saine.* Contrairement aux autres médecins, ce savant académicien la croit assez commune, et si on ne l'a pas reconnue, dit-il, c'est que le plus souvent les médecins ne sont appelés que lorsque la maladie a fait assez de progrès pour présenter un délire plus général.

M. Baillarger la divise en monomanie intellectuelle, comprenant un grand nombre de variétés, et monomanie instinctive, présentant pour symptôme une impulsion irrésistible, aveugle, sans motif. Il cite plusieurs exemples dont la plupart ont été déjà analysés dans cette thèse ; nous ne parlerons ici que de l'observation de Glenadel, parce que les réflexions de l'auteur nous suggèrent quelques idées qui ne nous paraissent point inutiles pour la confirmation de notre manière de voir.

30. Glenadel est, pendant vingt-sept ans, dominé par l'idée, le besoin, de tuer : d'abord c'est sa mère qui est le but de son malheureux penchant; mais ensuite, un tel acte lui inspirant trop d'horreur, c'est sur sa belle-sœur que se porte son affreux besoin de verser le sang. Glenadel se fait soldat à plusieurs reprises pour fuir ses victimes, et échapper ainsi à sa malheureuse tentation... Il rentre enfin dans les foyers domestiques, croyant que sa belle-sœur était morte; mais à peine est-il de retour, que la vue de sa fatale victime donne à son idée une nouvelle impulsion; il ne peut plus se maîtriser, il se fait enchaîner. On appelle un officier de santé, médecin de la localité, qui constate que Glenadel est *dans une grande exaltation, lié sur son lit;* qu'il a été, à sa demande, enchaîné, parce qu'il ne pouvait plus s'empêcher de tuer sa belle-sœur, contre laquelle il n'avait cependant aucun motif de plainte. Ce médecin constate également que Glenadel est raisonnable dans la conversation qu'il a avec lui, et dans laquelle le malade lui raconte son histoire.

Cette observation, faite plutôt par Glenadel lui-même, dont le médecin n'est en quelque sorte que le secrétaire, nous paraît peu convaincante. D'abord en quoi consistait la grande exaltation ment onnée dans l'observation? L'historien nous le laisse ignorer. En-

sulte que peuvent prouver une ou deux conversations plus ou moins raisonnables avec un aliéné ? Cette dernière circonstance ne se présente-t-elle pas souvent dans les asiles spéciaux ? Combien de visiteurs instruits, médecins même, n'émettent-ils pas de doute sur l'existence de la folie de tel malade, qui leur a paru très-raisonnable pendant une conversation plus ou moins longue !

Sans nous étendre davantage sur les défauts de cette observation, nous arrivons immédiatement à ce que dit M. Baillarger (*Ann. médic.-psych.*, t. 8, p. 157) : « Glenadel était malade depuis le moment où les idées d'homicide ont dominé son esprit ; mais il n'a été fou que le jour où sa volonté est devenue impuissante pour réprimer les impulsions qui le poussaient au meurtre. »

L'auteur, dans cette phrase, veut-il dire que la disposition à avoir des idées exclusives, à être dominé par des penchants, des passions plus ou moins impérieuses, ne suffit pas pour constituer une folie ? Que ces circonstances sont une preuve de prédisposition à contracter une maladie mentale ? Nous sommes tout à fait de cet avis : leur importance, comme signe de prédisposition, est aussi évidente que leur influence comme cause des aliénations mentales.

Il est admis, par tous les médecins aliénistes, que la surexcitation des penchants, le développement des passions, sont des causes fréquentes de maladies mentales ; et, comme le dit avec autant de précision que de clarté M. le Dr Voisin (*Traitement intelligent de la folie*), la souffrance des besoins instinctifs, moraux et intellectuels, leur satisfaction brutale ou désordonnée, sont extrêmement puissantes dans le développement de la folie.

M. Baillarger nous paraît être en contradiction avec lui-même, ou au moins partager la confusion qui règne généralement dans tous les écrits sur la question qui nous occupe. Ainsi, d'un côté, il déclare malade, mais non aliéné, un homme ayant une idée fixe ; et, de l'autre, il considère l'idée fixe comme étant la première période de la folie.

Indépendamment de cette contradiction, et sans entrer dans l'exa-

men détaillé de quelques autres faits particuliers à l'auteur, faits qui nous dicteraient les mêmes réflexions, nous prenons acte de sa déclaration, à savoir : qu'il ne considère la monomanie pure comme fréquente que dans la première période des maladies mentales, c'est-à-dire à une époque où bien peu de médecins peuvent réellement en constater l'existence, et qu'il reconnaît son extrême rareté dans les asiles d'aliénés, c'est-à-dire dans les seules conditions où les malades peuvent être sérieusement observés.

Tels sont les principaux faits consignés comme les plus caractéristiques de la monomanie instinctive homicide. Au premier abord, en parcourant les divers ouvrages sur les maladies mentales, il semble que ces observations sont beaucoup plus nombreuses qu'elles ne le sont réellement : cela tient à ce que chaque auteur répète toutes celles de ses prédécesseurs avant de faire connaître les siennes propres ; à ce qu'elles sont le plus souvent rapportées pêle-mêle, avec des observations de nature toute différente. D'ailleurs nous avons éliminé avec soin toutes celles où le délire était évident et qui ne pouvaient prêter à la controverse. Ces quelques mots feront comprendre comment nous n'avons réuni que trente faits dans une question sur laquelle on a tant écrit.

Nous ferons une première remarque générale, qui doit nécessairement diminuer l'importance qu'on accorde à ces observations : quelques-unes seulement ont été recueillies dans des conditions un peu favorables et par des personnes compétentes ; les autres ont été empruntées à des journaux, à des on-dit, à des débats judiciaires, à des observateurs non médecins ou étrangers à la connaissance de l'aliénation ; elles se sont généralement présentées en dehors des asiles spéciaux.

On peut les diviser en deux classes.

La première comprend les observations où les auteurs fournissent eux-mêmes des arguments contre leur manière de voir, et qui peuvent rentrer dans diverses formes connues de maladies, telles que l'épilepsie (n°s 8, 12), la manie intermittente (n°s 2, 4, 16, 22, 24),

un délire partiel plus ou moins indiqué (nos 5, 7, 9, 11, 14, 20, 25, 28), l'imbécillité (nos 18, 19, 29), l'hystérie, les suites de couches, les convulsions, la masturbation (nos 6, 10, 15, 17, 26). Cette première classe de faits doit être évidemment rayée du cadre de la monomanie instinctive.

La seconde classe ne renferme que sept observations (nos 1, 3, 13, 21, 23, 27, 30). Elles sont tellement incomplètes qu'on doit les considérer comme sans valeur, ou au moins les envisager comme douteuses et ne pouvant fournir des preuves ni contre notre manière de voir, ni en faveur de celle des auteurs qui les ont citées. Les remarques dont nous les avons fait suivre nous paraissent suffisantes pour justifier notre interprétation.

Toutes ces observations, examinées de près et dans leur ensemble, perdent sinon complétement, au moins en grande partie, leur valeur scientifique, et il est évident que les réunir sous une même dénomination, c'est forcer les analogies. Si elles avaient une véritable valeur, elles entraîneraient nécessairement une conviction identique, et l'on n'aurait pas à constater les opinions contradictoires des médecins les plus éminents.

De leurs dissemblances, de leur non-conformité avec les définitions, de leur manque de valeur, nous concluons que la monomanie instinctive homicide qu'on en a fait découler n'a pas une existence légitime, rigoureuse.

Si nous ne devions pas nous limiter à la monomanie homicide, il nous resterait à répéter le même travail pour toutes les autres monomanies. Nous montrerions, par exemple, que la *cleptomanie pure* ne peut se justifier. Le vol, chez les aliénés, se rencontre dans la folie paralytique, l'imbécillité, la démence, la manie, etc. Dans ces circonstances, il est un fait trop secondaire pour pouvoir caractériser la maladie, et les motifs en sont aussi nombreux que différents. Nous ferions remarquer que lorsque le vol n'est pas motivé par le délire, il coïncide toujours avec une faiblesse intellectuelle très-pro-

noncée, acquise ou congénitale, et que le plus souvent ces voleurs ne se doutent même pas qu'ils volent.

Nous montrerions également que la *pyromanie pure* n'existe pas davantage. L'incendie se commet dans les mêmes conditions que le vol ; cependant les incendiaires sont plus fréquemment des imbéciles, des épileptiques, des déments; ils sont plus particulièrement jeunes que les voleurs , leurs mobiles d'action sont également très-nombreux. Peut-être, en passant, parlerions-nous de la théorie d'un médecin allemand, qui attribue la pyromanie à la prédominance du sang veineux sur le sang artériel, à l'accumulation de ce sang veineux surtout dans la région du nerf de l'œil; ce qui produirait, pour cet organe, un besoin plus grand de lumière, besoin que l'individu chercherait instinctivement à satisfaire, en faisant éclater un incendie. Nous ferions aussi connaître le rapport que d'autres médecins ont essayé de démontrer entre cette pyromanie et le développement anormal des organes sexuels. En un mot, par l'examen critique des observations peu nombreuses, consignées dans les annales de la science, il nous serait facile de prouver que la pyromanie n'existe pas plus, comme espèce distincte, que toutes les autres monomanies instinctives.

En résumé, après l'étude attentive à laquelle nous venons de nous livrer, en présence des résultats de notre observation personnelle et des divergences d'opinion des auteurs les plus estimés (Pinel, Esquirol, Marc, Georget, considéraient la monomanie comme fréquente; M. Falret la rejette, M. Foville la regarde comme excessivement rare; M. Baillarger en admet l'existence assez commune, mais seulement comme première période des maladies mentales), nous croyons pouvoir conclure :

1° Que, dans l'état actuel de la science, la théorie des monomanies instinctives n'est pas admissible, les faits cités à l'appui de cette théorie ne pouvant en fournir des preuves sérieuses;

2° Que les actes malfaisants, chez les aliénés, actes qui sont la

base de ces diverses monomanies, ne sont pas le résultat de l'excitation morbide d'un penchant, au milieu d'une intelligence saine;

3° Que le fait d'un acte malfaisant ne peut à lui seul suffire pour constituer une espèce de maladie mentale;

4° Que ces actes peuvent se diviser en trois catégories : 1° ceux qui sont le résultat de conceptions délirantes (délire de persécution, par exemple), 2° ceux qui se produisent au milieu d'un trouble général (manie), 3° ceux qui coïncident avec une débilité intellectuelle congénitale ou acquise (idiotie, démence);

5° Que ces actes n'ont qu'une importance secondaire dans la symptomatologie de la folie, l'état mental au milieu duquel ils se manifestent devant surtout faire l'objet des recherches de l'observateur.

Nous n'osons pas espérer que notre opinion passera dans l'esprit de ceux qui voudront bien nous lire; mais nous serions déjà très-heureux si ce travail pouvait seulement attirer l'attention des aliénistes sur la dissemblance des faits réunis sous un même titre, sur leur peu de valeur scientifique, et sur la nécessité de sortir d'une telle confusion pour les progrès futurs de la science, autant que pour la découverte de traitements plus rationnels et plus efficaces contre la plus déplorable maladie qui puisse atteindre l'humanité.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — Du mouvement réel des fluides dans les vaisseaux ; des circonstances qui le modifient et des signes qui l'indiquent.

Chimie. — Des caractères distinctifs des sels d'antimoine.

Pharmacie. — De l'emploi pharmaceutique des plantes qui appartiennent à la famille des crucifères.

Histoire naturelle. — Des caractères de la famille des fougères ; comparaison de la structure de sa tige avec celle des monocotylédonés, indication des médicaments fournis par cette famille.

Anatomie. — Des rameaux fournis par le facial pendant son trajet dans l'os temporal.

Physiologie. — De la composition chimique du sang.

Pathologie interne. — De l'apoplexie pulmonaire (hémorrhagie).

Pathologie externe. — Des causes de déplacement dans les fractures.

Pathologie générale. — Des altérations de composition que l'urine peut éprouver dans les maladies.

Anatomie pathologique. — De l'apoplexie cérébrale.

Accouchements. — De l'hémorrhagie utérine après l'accouchement.

Thérapeutique. — Des préparations de fer employées en médecine dans les temps anciens et de nos jours.

Médecine opératoire. — De la méthode de Brasdor dans le traitement des anévrysmes.

Médecine légale. — Des caractères cadavériques de la mort par la foudre.

Hygiène. — De l'influence qu'exercent sur la santé les divers modes de chauffage.

Vu, bon à imprimer.

REQUIN, Président.

Permis d'imprimer.

Le Recteur de l'Académie de la Seine,

CAYX.

Paris, le 4 juin 1852.